

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO

**PROCESSO SELETIVO 2019 – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO
HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA**

NOME: _____

RG: _____ Data de emissão: ____/____/____, órgão expeditor _____

CPF: _____, Estado Civil: _____

Data nascimento: ____/____/____ Sexo () M () F

Natural de _____, e-mail: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF _____, CEP: _____

Fone: (DDD) _____ - _____, Celular: (DDD) _____ - _____

Instituição de Graduação: _____

Ano de conclusão e Cidade/Estado: _____

Portador de necessidades especiais?, especificar _____

Número de Registro no Conselho Regional Profissional:

Local e Data: _____, ____/____/____

Declaro, para os devidos fins, que LI e estou de ACORDO com Edital N° 18/2018 previsto para esta Seleção. CONCORDO também que a minha inscrição implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, das quais não poderei alegar desconhecimento.

Assinatura do Candidato